



## Selbstauskunft / Anamnese Mann

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Geb. Ort \_\_\_\_\_

Geb. Name \_\_\_\_\_ Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

Name Partnerin \_\_\_\_\_ Vorname Partnerin \_\_\_\_\_

Geb. Datum Partnerin \_\_\_\_\_

Familienstand  verh. mit o.g. Partnerin  verh. mit anderer Partnerin

unverh. mit o.g. Partnerin

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Beihilfe  ja  nein

Beruf \* \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Kinder?  nein  ja

Wenn ja: Wie alt sind diese? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits urologisch/andrologisch untersucht?  nein  ja

Wenn ja: Wann war die Untersuchung? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen bereits ein Spermogramm erstellt?  nein  ja

Wenn ja: Wann wurde dieses erstellt? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Vorerkrankungen?  nein  ja

Wenn ja: Welche sind das? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Operationen?  nein  ja

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie als Kind eine Mumpsinfektion oder einen Hodenhochstand?  nein  ja





## Selbstauskunft / Anamnese Mann

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten?  nein  ja

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  nein  ja

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  nein  ja

Wenn ja: Welche? Wie ist die Dosis? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  gelegentlich  regelmäßig  nein

Rauchen Sie?  gelegentlich  regelmäßig  nein Wie viel? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Drogen?  gelegentlich  regelmäßig  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Arzt  Internet  Freunde  Sonstiges

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

\* optional

